**RISOLUZIONE IN COMMISSIONE**

*La XII Commissione*

*Premesso che:*

in data 31 maggio 2016 il consiglio regionale della Campania ha approvato la proposta di legge «Disposizioni urgenti in materia di semplificazione per la procedura dei direttori delle Aziende Sanitarie e ulteriori misure di razionalizzazione» che modifica, in maniera sostanziale, il meccanismo di nomina dei direttori generali del servizio sanitario regionale della Campania, sopprimendo il secondo livello di valutazione da effettuarsi tramite un avviso pubblico per acquisire le candidature dei soggetti in possesso dei requisiti professionali di cui all'articolo 3-bis, comma 3, del decreto legislativo n. 502 del 1992, iscritti nell'elenco regionale degli idonei alla nomina di direttore generale, oppure negli analoghi elenchi delle altre regioni;

con la citata legge approvata il 31 maggio il Presidente della giunta nomina il direttore generale direttamente tra i soggetti iscritti nell'elenco regionale degli idonei alla nomina di direttore generale, oppure negli analoghi elenchi delle altre regioni ed è stata quindi soppressa la previsione che il presidente della giunta regionale, su conforme deliberazione della giunta stessa, nomini il direttore generale all'interno di una rosa di cinque candidati che hanno ottenuto i migliori punteggi, a seguito della valutazione dei titoli e dei requisiti posseduti dagli idonei che hanno partecipato all'avviso;

in data 9 giugno 2016 il M5S nell’interpellanza urgente ha illustrato i profili d’incostituzionalità della citata legge regionale per palese contrasto con le norme nazionali ovvero con il decreto legislativo n. 502 del 1992 e con la legge n. 124 del 2015 (cosiddetta delega Madia) , norme entrambe che costituiscono principi fondamentali ai sensi dell'articolo 117 della Costituzione che, al terzo comma, prevede che nelle materie di legislazione concorrente spetta alle regioni la potestà legislativa, salvo che per la determinazione dei principi fondamentali, riservata alla legislazione dello Stato; nel caso di specie il principio fondamentale è in materia di tutela della salute;

in relazione alla citata interpellanza, nonostante il Ministero interrogato avesse in effetti ammesso taluni profili d’incostituzionalità, il Consiglio dei Ministri ha deciso di non procedere, nei termini previsti, ad alcuna impugnativa per illegittimità costituzionale della legge regionale campana, ai sensi dell'articolo 127 della Costituzione;

con delibera n. 319 del 28 giugno 2016 la Giunta regionale ha quindi approvato l’aggiornamento all’Elenco Unico Regionale degli idonei alla nomina di Direttore Generale di Aziende Sanitarie ed Enti del SSR e ha disposto che a far data dalla pubblicazione sul BURC di tale aggiornamento, i nominativi degli aspiranti all’incarico che nell’elenco allegato risultano qualificati “Idonei” sono aggiunti all’elenco degli idonei approvato con DGRC n. 317/2014 e s.m.i. ;

l’aggiornamento dell’elenco degli idonei della regione Campania fatto proprio a pochi giorni della approvazione della legge regionale che ha modificato i meccanismi di nomina dei direttori generali ha destato non poche perplessità e il sospetto che tale legge regionale avesse il surrettizio scopo di consentire al Presidente della regione di procedere a nuove e discrezionali nomine svincolate da procedure selettive e pubbliche, con l'aggravante di procedervi, quasi fosse una corsa contro il tempo, prima che le “regole del gioco” venissero cambiate ossia prima dell’entrata in vigore del decreto legislativo 4 agosto 2016, n. 171 che, attuativo della citata legge delega Madia, ha modificato i meccanismi di nomina dei direttori generali della sanità;

la legge n. 190 del 2014, all'articolo 1, comma 569, prevede che la nomina a commissario ad acta per la predisposizione, l'adozione o l'attuazione del piano di rientro dal disavanzo del settore sanitario, effettuata ai sensi dell'articolo 2, commi 79, 83 e 84, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, e successive modificazioni, è incompatibile con qualsiasi incarico istituzionale presso la regione soggetta a commissariamento e che il commissario dovesse avere qualificate e comprovate professionalità;

le disposizioni normative contenute nella legge n. 190 del 2014, in merito alla incompatibilità tra la nomina di *commissario ad acta* e i soggetti che abbiano rivestito incarichi istituzionali presso la regione soggetta a commissariamento – non sono più applicabili per effetto del comma 395 dell'articolo 1 della legge 11 dicembre 2016, n. 232; la novella introdotta con la legge di stabilità del 2017 è stata appellata, dagli organi d’informazione e dalle opposizioni in Parlamento, come “norma De Luca” poiché si temeva che tale norma fosse finalizzata a consentire la nomina di *commissario ad acta* proprio dell’attuale Presidente della Regione Campania;

i timori espressi durante l’esame della legge di stabilità del 2017 si sono successivamente concretizzati in data 11 luglio 2017 quando il Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro dell’economia e delle finanze Pier Carlo Padoan, ha deliberato la nomina del Presidente della Regione Campania Vincenzo De Luca quale *Commissario ad acta,* per l’attuazione del piano di rientro dai disavanzi nel settore sanitario della Regione;

per quanto sopra premesso non si può sottacere la peculiare e sconcertante tempistica che ha consentito al Presidente De Luca di “governare” a 360 gradi la sanità campana, prima consentendogli di nominare i direttori generali e poi divenire commissario ad acta del piano di rientro del disavanzo sanitario, determinando una generalizzata compromissione dell’imparzialità necessaria laddove i soggetti nominati dal Presidente della Regione sono i medesimi che il Commissario ad acta dovrebbe anche controllare;

in tale contesto è quindi emblematico quanto emerge in relazione alle vicende correlate alla costruzione del nuovo Ospedale del Mare di Napoli, a cura della A.S.L. Napoli 1 – Centro (già A.S.L. Napoli 1), che ha il fine di dismettere i presidi ospedalieri di Ascalesi, Annunziata e Loreto Mare, e, in tal guisa, attuare la riqualificazione dei grandi centri urbani ex art.71 della legge 448/98; la realizzazione del Nuovo Ospedale della Zona Orientale di Napoli, nonché di altri interventi di valorizzazione del territorio consegue all’Accordo di programma ex art. 34 del D.lgs. n. 267/2000, sottoscritto nel lontano 24 giugno 2003 (14 anni fa!) tra la Regione Campania, il Comune di Napoli e l’Azienda Sanitaria Locale Napoli 1;

l’art. 3 del suddetto Accordo individua l’A.S.L. Napoli 1 Centro amministrazione aggiudicatrice, la quale con la sottoscrizione si è impegnata a predisporre ogni atto necessario, comprese le procedure espropriative, per rendere concreta l’esecuzione della citata opera; successivamente, con DPGRC n. 133 del 14.05.2009, all’esito delle determinazioni adottate in varie sedute dal Comitato di Coordinamento per la Vigilanza sull’esecuzione dell’Accordo e previa diffida, è stato nominato il Commissario ad acta, nella persona dell’Ing. Ciro Verdoliva, con l’incarico di adottare, in sostituzione dell’Azienda Sanitaria Locale Napoli 1 Centro, tutti gli atti necessari al completamento dei lavori di realizzazione del Nuovo Ospedale della zona orientale di Napoli; il predetto incarico era stato conferito per il tempo necessario all’assolvimento dei compiti attribuiti salvo poi essere successivamente prorogato, con diversi decreti del presidente della giunta regionale;

da ultimo, detto incarico all’ing, Ciro Verdoliva è stato prorogato anche dal Presidente De Luca con DPGRC n. 40 del 23 febbraio 2017, in considerazione che “*il Nuovo Ospedale della zona orientale di Napoli costituisce un’opera di importanza strategica nell’ambito del processo di ristrutturazione e riqualificazione della rete ospedaliera regionale, dalla cui realizzazione dipende l’attuazione di quanto previsto, in ordine alla riconversione di alcuni plessi ospedalieri della città di Napoli, in attuazione del predisponendo Nuovo Piano Ospedaliero regionale”*; con successivo decreto presidenziale n. 44 del 10 marzo 2017 il presidente De Luca ha ritenuto altresì d’integrare i compiti in precedenza affidati al nominato Commissario ad Acta con quelli derivanti dall’avvio e dal completamento degli ulteriori procedimenti (autorizzazioni, forniture di beni e servizi, reclutamento del personale) necessari ad assicurare l’apertura del complesso ospedaliero nei tempi previsti, prorogandone ulteriormente l’incarico;

il Presidente De Luca, già in data 16 luglio 2016, nell’ambito dei poteri conferiti dalla succitata norma sulla nomina dei direttori generali, all’uopo tempestivamente modificata, ha altresì provveduto a nominare l’ing. Ciro Verdolina quale Direttore Generale dell’A.O.R.N. A. Cardarelli;

la realizzazione del Nuovo Ospedale della zona orientale di Napoli è finanziata con risorse pubbliche e, individuata come opera infrastrutturale nell’ambito degli interventi del CIPE (con deliberazione n. 90/2012), è oggi collocata in un ”accordo di programma quadro” sottoscritto in data 30 dicembre 2013 tra la Regione Campania ed il Ministero dello Sviluppo economico, quale strumento di attuazione ordinaria del Fondo per lo sviluppo e la coesione (FSC); con Delibera Cipe n. 90 del 3 agosto 2012 è stata approvata la programmazione di una quota delle risorse residue del Fondo Sviluppo e Coesione 2007-2013 relative alla Regione Campania e sono stati attribuiti 182,11 milioni di euro, di cui ben 178,11 milioni destinati al completamento dell'Ospedale del Mare di Napoli;

prima di questo intervento “salvifico” del Governo in realtà la realizzazione del Nuovo Ospedale del Mare era reduce da una fallimentare procedura di *project financing* che inizialmente prevedeva un investimento pubblico di circa 119 milioni di euro e un parallelo investimento del privato aggiudicatario per 91 milioni, salvo poi lievitare nei costi fino a circa 400 milioni di euro; successivamente, attraverso una transazione sottoscritta dalla Astaldi spa, capofila dell'Ati aggiudicataria e l'ing. Ciro Verdoliva veniva «riformulata» l'aggiudicazione secondo una procedura che non prevedeva più la partecipazione del privato alla costruzione prima ed alla gestione poi dell'opera, ma solo il completamento dei lavori con soli fondi pubblici, rinunciando alla gestione dei servizi non sanitari, ma incassando per detta rinuncia un risarcimento di circa 45,5 milioni di euro, un importo addirittura superiore a quello di 40 milioni di euro inizialmente richiesto dalla stessa ATI con la domanda di arbitrato volta alla risoluzione del contratto per presunti inadempimenti da parte della stazione appaltante;

su tali vicende sono stati attivati procedimenti penali già dal 2008 ed è intervenuta l’Autorità di vigilanza dei lavori pubblici che con Deliberazione n. 110 del 21 dicembre 2011, in relazione alla succitata transazione, dispose d’inviare il verbale ispettivo alla Avvocatura Distrettuale di Napoli, alla Procura della Repubblica presso il Tribunale di Napoli, e alla Procura della Corte dei Conti;

le diverse vicende succitate hanno visto quest’opera ferma per svariati anni salvo essere periodicamente rilanciata e inaugurata, dai Presidenti di Regione, quale panacea risolutiva della generale e drammatica situazione ospedaliera in Campania e nel prefigurato obiettivo di procedere ad un riassetto della rete ospedaliera e territoriale richiesto dalla *spending review* e dalla cosiddetta “razionalizzazione” del servizio sanitario; nell’ambito di tali annunci e nelle previsioni, dunque, il cd. “ospedale del Mare” doveva divenire un'azienda di rilievo nazionale da circa 500 posti letto in cui far confluire ben quattro nosocomi napoletani, quali il Loreto Mare, l'Ascalesi, il San Gennaro e gli Incurabili;

a fronte di questa pessima gestione commissariale dell’Ospedale Nuovo Ospedale del Mare desta sconcerto che il Presidente De Luca, abbia quindi proceduto alla nomina di Ciro Verdolina quale Direttore Generale dell’A.O.R.N. A. Cardarelli oltreché riconfermarlo nella suddetta gestione commissariale per la realizzazione del Nuovo Ospedale del Mare;

ancor più sconcertante è che le suddette nomine e riconferme siano state effettuate dal presidente De Luca in concomitanza con le notizie emergenti dagli atti dell’inchiesta Consip proprio in relazione al ruolo di Ciro Verdoliva; sembra infatti, secondo quanto emerge da diffusi organi d’informazione, che l’imprenditore napoletano Alfredo Romeo, protagonista dell’inchiesta Consip, cercava di accaparrarsi appalti per le pulizie anche nell’ospedale Cardarelli ed anzi, all’origine dell’inchiesta Consip, sembra vi sia proprio tale appalto**;**

sul caso Consip/Verdoliva [alcuni organi d’informazione così riportanto](https://www.cronachedellacampania.it/2017/05/consip-nellinchiesta-dei-giudici-di-napoli-spunta-ciro-verdoliva-il-super-manager-di-de-luca/): “*Gli inquirenti identificano nella Romeo Gestioni e nella Hospital Consulting le società individuate per aggiudicarsi gli appalti. “Una società di consulenza per l’ingegneria clinica”, la Hospital Consulting, “presente all’interno dell’AORN Cardarelli da diversi anni poiché insediatasi stabilmente in tale azienda sanitaria attraverso convenzioni e/o l’aggiudicazione di gare di appalto, nell’ambito dello specifico settore, il cui responsabile unico del procedimento risulta essere l’ing. Verdoliva”. Il disinvolto manager non nasconde le sue amicizie negli ambienti giudiziari e della polizia giudiziaria, e proprio questa sua ‘tranquillità’ permette agli inquirenti di scoprire altri episodi di ‘spessore investigativo’. Come quello che riguarda dei lavori edili commissionati da Verdoliva alla societa’ A&G Multiservice “che cristallizzavano, anche attraverso un atto delegato da codesta AG e il conseguente sequestro di contratti di appalto, un rapporto corruttivo esistente tra i responsabili della società A & G Multiservice e il dirigente del Cardarelli. C’è quanto basta ai magistrati inquirenti per ritenere “che Ciro Verdoliva, avvalendosi dell’incarico di RUP (responsabile unico del procedimento) in seno a svariati appalti dell’azienda ospedaliera “Cardarelli”, riesce a trarre vantaggi personali”. In questo contesto viene inserita la “determina dirigenziale n. 1067/2014 dell’ “A.O.R.N. A. Cardarelli” veniva dichiarata l’aggiudicazione definitiva in favore della Romeo gestioni S.p.A., della gara d’appalto avente ad oggetto il “servizio di pulizia delle aree a basso, medio, alto ed altissimo rischio dell’Azienda Ospedaliera” ed avuta contezza di indagini assegnate dalla Procura di Napoli a strutture di polizia giudiziaria diverse da quelle oggi accusate di corruzione e rivelazione di segreti d’ufficio insieme al Verdoliva, quest’ultimo si consultava per individuare una strategia che lo facesse apparire come vittima di pressioni camorristiche*”;

nel mese di giugno 2017 il presidente De Luca, insieme con il commissario della struttura, Ciro Verdoliva ha annunciato l’apertura, in cinque tappe, dell’Ospedale del Mare, tappe che si concluderanno il 30 dicembre 2017, data entro la quale l’ospedale funzionerà a pieno regime con tutti i reparti operativi e un pronto soccorso di secondo livello, in sinergia con l’altro grandissimo ospedale partenopeo, il Cardarelli il cui direttore generale è per l’appunto il medesimo Ciro Verdoliva;

con decreto del Commissario ad acta n. 33 del 2016 è stato licenziato il Piano ospedaliero vigente dal quale si evince che l’Ospedale del Mare è configurato, nonostante non sia ancora pienamente operativo, come HUB — DEA di II livello ;

nel piano ospedaliero citato si legge che “*l’azienda ospedaliera Cardarelli ha sempre svolto per l’intera regione il ruolo di ospedale di riferimento per l’emergenza, tanto da essere caratterizzato da periodi di iper-afflusso al pronto soccorso con eccessivo overcrowding. La prossima apertura dell’Ospedale del Mare contribuirà a diminuire il problema strutturale dell’emergenza in città. L’Ospedale del Mare, una volta a regime, viene proiettato, infatti, verso una autonomia aziendale, nascendo in prima battuta come presidio ospedaliero della ASL Napoli 1 per diventare successivamente una Azienda Ospedaliera di riferimento nazionale e un punto di riferimento anche per la gestione dell’emergenza-urgenza in particolare per il quadrante sud est della città. Questo richiede nel frattempo una fase transitoria che prevede una necessaria rimodulazione di quanto in precedenza programmato per i presidi che avrebbero dovuto confluirvi, e cioè Ascalesi, San Gennaro, Incurabili e Loreto Mare. La precedente programmazione prevedeva che il P.O. Loreto Mare assicurasse la funzione di pronto soccorso nella rete dell’emergenza solo fino alla confluenza nel nuovo Ospedale del Mare che dovrà fungere da DEA di II° livello (le discipline di Ostetricia e Pediatria non vengono programmate in quanto garantite nella Macroarea). L’analisi delle suddette criticità nella rete di emergenza urgenza cittadina e un’attenta valutazione quali-quantitativa dei flussi impone una revisione della precedente programmazione: pertanto, il presente piano prevede un trasferimento parziale del P.O. Loreto Mare nell’Ospedale del Mare. Il P.O. Loreto Mare mantiene, quindi, anche dopo l’attivazione dell’Ospedale del Mare la funzione di Pronto Soccorso*”.

al momento, come peraltro evincibile dal sito istituzionale della ASL 1 Napoli Centro, presso l’Ospedale del Mare sono state attivate solo le unità operative di radiologia, di emodialisi e di radioterapia oltre che un poliambulatorio, i posti letto sono solo circa 90 (a fronte dei 488 previsti)e non è attivo il dipartimento dell’emergenza e urgenza che dovrebbe essere dotato di requisiti di elevata complessità logistica, come ad esempio, l’eliporto ed il collegamento diretto ad una rete viaria a percorrenza veloce; siamo dunque ben lontani dalla configurazione di un polo innovativo e strategico, ad alto contenuto tecnologico ed assistenziale;

nonostante tale ospedale non sia di fatto operativo per le funzioni ad esso attribuite, numerose strutture , sono state disattivate con l’ovvia conseguenza di generare diffuse e gravissime carenze nell’assistenza, alcune delle quali salite anche agli onori della cronaca;

in questo generalizzato smantellamento delle strutture sanitarie pubbliche, particolarmente compromessa risulta essere la salute–materno infantile a seguito di un gravissimo ridimensionamento dell’assistenza pediatrica e neonatale laddove di fatto sono stati chiusi diversi punti nascita, a cominciare dal punto nascita del P.O. “Maresca”, proprio con la previsione di una nuova grande area materno infantile presso 1’Ospedale del Mare, ora invece non più prevista; pertanto, alla luce di tale riprogrammazione, il fabbisogno materno-infantile sarà soddisfatto mediante case di cura private convenzionate o classificate;

la motivazione di tale riprogrammazione, evincibile dal Piano ospedaliero citato, è che “*la precedente programmazione non aveva previsto nella struttura la disciplina di Cardiochirurgia, facendone derivare l’assetto dalla mera confluenza delle discipline insistenti negli ospedali da dismettere. Questi, naturalmente, non erano dotati della disciplina Cardiochirurgia. Alla luce della riconfigurazione dell’Ospedale del Mare quale DEA di II livello, secondo il Decreto 70/2015, e della necessità di assicurare un importante Hub 2 all’intera area metropolitana di Napoli, che soddisfa i bisogni dei bacini di utenza anche di Na2 e Na3, pare legittimo e incontestabile programmare presso l ’Ospedale del Mare la disciplina di Cardiochirurgia che andrà collocata nella disponibilità dei posti letto già previsti per Ostetricia e Ginecologia, che invece rimane nel presidio PS Loreto Mare*”;

questa rivisitazione dell’Ostetricia e Ginecologia avviene dopo che, proprio per l’Ospedale del Mare, sono state investite enormi risorse per la creazione di una area dedicata, comprensiva di 48 posti letto di ginecologia, 4 sale parto, complesso operatorio e neonatologia con TIN e la ricollocazione di spazi e attività per la Cardiochirurgia richiederà ulteriori risorse pubbliche, per circa 2 milioni di euro, oltre alle risorse necessarie per riqualificare la struttura Loreto Mare ormai fatiscente;

*considerato che*

la Corte dei conti , Sezione Giurisdizionale per la Regione Campania, all’inaugurazione dell’anno giudiziario 2017 ha delineato un quadro sconfortante della Regione Campania evidenziando che dal “ rapporto sull’efficienza della pubblica amministrazione in Europa, reso pubblico il 30 dicembre 2016 dalla C.G.I.A., risulta che la Campania si collocherebbe all’ultimo posto tra le regioni italiane ed europee, seguita solo da alcune turche e bulgare” . Le patologie delle gestioni pubbliche in Campania, rilevate con numerose sentenze deliberate nel corso del 2016, “hanno accertato un desolante e scoraggiante sistema in cui inefficienza e connivenza si mescolano in maniera inestricabile”; la Corte afferma che le “conseguenze di tali grovigli, accresciuti dalle endemiche inefficienze delle macchine amministrative, sono notevoli ritardi, con aggravi di costi, o peggio la mancata realizzazione di opere pubbliche, spesso rilevanti e attese dalla cittadinanza, che rimangono o rischiano di rimanere incompiute, con lunghi e costosi strascichi giudiziari, nonostante l’esborso di fondi ragguardevoli”;

[è del mese di settembre 2017 la notizia](http://www.lastampa.it/2017/09/23/italia/cronache/ospedali-in-bancarotta-UDw3chRuUYWFu556aE1LhL/pagina.html), diffusa da diversi organi d’informazione, secondo cui un documento riservato del Ministero della salute svelerebbe che nelle aziende ospedaliere italiane c'è “*un buco da miliardo e mezzo, ripartito tra 42 nosocomi dei 100 sparsi lungo lo stivale , mentre altri 9 hanno i conti in ordine ma non garantiscono i livelli essenziali di assistenza*”. Il record delle perdite sarebbe della Campania, con oltre 350 milioni, 102 dei quali del solo Cardarelli di Napoli;

dall’ultimo monitoraggio sui LEA pubblicato ad ottobre 2017 dal Ministero della salute e relativo al 2015 emerge che Molise, Puglia, Sicilia, Campania e Calabria si collocano nella classe “inadempiente” e pertanto tali regioni dovranno superare le criticità rilevate su alcune aree dell’assistenza tra cui, in particolar modo, quelle delle vaccinazioni, degli screening, dell’assistenza agli anziani ed ai disabili, dell’appropriatezza nell’assistenza ospedaliera (es. parti cesarei);

il monitoraggio sui LEA evidenzia, in particolare, un sensibile peggioramento di Campania e Sicilia rispetto ai punteggi rilevati nell’anno di verifica 2014. Rimane altissima la percentuale di parti cesarei (48,19 %) rispetto alla maggior parte delle regioni che si collocano su percentuali praticamente dimezzate; la valutazione finale, per il 2015, si attesta per la Regione Campania su un punteggio pari a 106 che secondo i parametri di riferimento fissati dal Comitato Lea (range 25 – 225; positivo a 160) risulta sotto la soglia di adempienza ed in netta diminuzione rispetto all’anno 2014;

il ministro della Salute Beatrice Lorenzin, nel mese di settembre 2017, proprio a Napoli, in occasione del 6° congresso Card-Anmdo sull’appropriatezza del Ssn e sull’integrazione tra Ospedale e Territorio, ha avuto l’occasione di affermare che “*Sui manager di Asl e ospedali ricade il peso del governo di tutta la Sanità italiana. I direttori generali vanno scelti, selezionati e reclutati in base alle competenze e premiati quando raggiungono gli obiettivi, rimossi quando sono inadempienti, facendo valere un principio di meritocrazia come avviene nel settore privato.*”;

*tutto ciò premesso e considerato,*

*impegna il Governo*:

ad assumere iniziative di competenza affinché in tutto il territorio nazionale, in particolare anche nella regione Campania, le nomine dirigenziali siano conformi ai principi del nostro ordinamento, come da ultimo novellato dalle disposizioni sulla nomina dei dirigenti della sanità, dando quindi concreto seguito alle affermazioni del Ministro Lorenzin, come citate in premessa, e assicurando che siano i direttori generali siano scelti, selezionati e reclutati in base alle competenze e premiati quando raggiungono gli obiettivi, rimossi quando sono inadempienti;

ad assumere iniziative di competenza sulla gestione commissariale delle regioni, tenuto conto di tutti i fatti citati in premessa che non garantiscono la necessaria separazione tra controllori e controllati né un’esaustiva imparzialità delle funzioni istituzionali di pertinenza oltreché una generalizzata compromissione dei livelli essenziali di assistenza, contemplando invece una netta separazione tra chi svolge i compiti di vigilanza, monitoraggio e controllo sulla spesa sanitaria e chi invece ha precise responsabilità politiche nella gestione della sanità regionale, anche intervenendo sull’istituto normativo del Commissario ad acta, tenuto conto che tale istituto normativo ben lungi dal risolvere la situazione debitoria delle Regioni, ha in realtà prodotto un’ulteriore situazione debitoria e la compressione del diritto all’assistenza sanitaria;

ad assumere iniziative di competenza sulla gestione commissariale del nuovo Ospedale del Mare, tenuto conto delle rilevanti indagini giudiziarie a carico dell’attuale Commissario ad acta, come da ultimo riconfermato dal Presidente della regione Vincenzo De Luca e, soprattutto, tenuto conto della fallimentare e infinita gestione commissariale che non sembra aver portato ai risultati prospettati e preventivati;

ad assumere iniziative di competenza, anche in collaborazione con l’ANAC, per accertare se sia conferibile o compatibile l’incarico di commissario ad acta del nuovo Ospedale del Mare con il contestuale incarico di Direttore Generale dell’A.O.R.N. A. Cardarelli dell’ASL Napoli 1 Centro;

ad assumere iniziative di competenza, anche in collaborazione con l’Anac, affinché sia fatta complessiva ed esaustiva chiarezza sul notevole impiego di risorse pubbliche per la realizzazione del nuovo Ospedale del Mare, tenendo conto di ogni eventuale diseconomia o spreco correlati alla riprogrammazione della rete ospedaliera della regione Campania che ha modificato di fatto **la destinazione d’uso di unità operative già ultimate e completamente attrezzate per una disciplina contemplata dalla precedente programmazione e dal DM 70/ 2015 (Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera)**;

ad assumere iniziative di competenza affinché nella Regione Campania sia garantito l’effettivo funzionamento della rete dell’emergenza nell’ area metropolitana e vesuviana, ed in particolare delle emergenze ostetriche e ginecologiche di alta complessità, assicurando altresì il necessario fabbisogno di posti letto di Ostetricia e TIN per il bacino di utenza dell’ambito territoriale (Area orientale di Napoli ed area vesuviana);

ad assumere iniziative di competenza per verificare se la riconversione della area materno infantile nell’area cardiochirurgica presso il nuovo Ospedale del Mare sia compatibile **con quanto prescritto con il D.M. n.70/2015 in merito alla dotazione di discipline previste per classificazione dell’ ospedale nonché con** il fabbisogno di posti letto per le due diverse specialità, dando urgente evidenza degli esiti;

ad assumere iniziative di competenza per verificare i flussi della domanda di assistenza ostetrica, dopo la chiusura di sei centri nascita pubblici nell’area metropolitana di Napoli, dando urgente evidenza degli esiti anche in relazione alla percentuale di domanda intercettata, partitamente, dai centri privati e da quelli pubblici;

ad assumere iniziative di competenza per verificare la legittimità del piano ospedaliero vigente della regione Campania laddove si fonda, **per l’ assolvimento del fabbisogno,** **su caratteristiche e funzionalità di una struttura ospedaliera (l’Ospedale del Mare) ancora non pienamente operativa** e **di un polo materno infantile ( Loreto Mare) ancora neanche in fase di progettazione, la cui riconversione potrà iniziare solo dopo che le altre unità operative saranno trasferite all’ ospedale del Mare**;

a rivedere il meccanismo di razionalizzazione della rete ospedaliera, in particolare **anche dei punti nascita, delle TIN, della gestione delle emergenze ginecologiche ed ostetriche di maggior complessità**, assicurando la riorganizzazione della rete ospedaliera possa avvenire esclusivamente sulla base delle strutture esistenti e operative **cosi da garantire nell’ immediato standard di sicurezza nella assistenza ospedaliera** e non sulla base di attività programmate nell’edilizia sanitaria;

**Luigi Gallo, Nesci, Colonnese, Silvia Giordano Grillo, Mantero, Lorefice, Baroni,**